THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

MENTION : MÉDECINE

Année 1938 N° 27

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

TAUB SHELOMO WOLF

né à Pultusk (Pologne), le 25 Décembre 1911.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GROSSESSE NERVEUSE

Président : C. SIMONIN, Professeur

IMPRIMERIE „HORO" STRASBOURG
S. à r. l.
10, Rue du Faisan
1938.

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

MENTION : MÉDECINE

Année 1938 N° 27

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

TAUB SHELOMO WOLF

né à Pultusk (Pologne), le 25 Décembre 1911.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GROSSESSE NERVEUSE

Président : C. SIMONIN, Professeur

IMPRIMERIE „HORO" STRASBOURG
S. à r. l.
10, Rue du Faisan
1938.

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen ..... MM. FORSTER ✻ ✪ I.
Assesseur ..... SCHAEFFER ✻ ✪ I.

Professeurs

Embryologie	MM. ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie	FORSTER ✻ ✪ I.
Histologie	BOUIN O. ✻ ✪ I.
Physiologie	SCHAEFFER ✻ ✪ I.
Physique biologique	VLES ✻ ✪ I.
Chimie biologique	NICLOUX O. ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique	MASSON ✻ ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale	SCHWARTZ ✪ I.
Hygiène, Bactériologie	OBERLING ✻ ✪ A.
Médecine légale	SIMONIN ✻ ✪ A.
Clinique médicale	MERKLEN ✻ ✪ I. AMBARD ✻ ✪ I.
Clinique chirurgicale	LERICHE O. ✻ ✪ I. STOLZ ✻ ✪ I.
Clinique ophtalmologique	REDSLOB ✻ ✪ I.
Clinique dermatologique	PAUTRIER O. ✻ ✪ I.
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF ✻ ✪ I.
Clinique neurologique	BARRE ✻ ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements	REEB ✪ I.
Clinique infantile	ROHMER ✻ ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique..	CANUYT ✻ ✪ I.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	VAUCHER ✻ ✪ I.

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max ✻ ✪ I.
BELLOCQ ✪ I.
MM. GERY ✪ I.

R.UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Chargés de cours et Agrégés:

MM. BENOIT ✪ A.
FONTAINE ✪ A.
GELMA ✻ ✪ I.
GUNSETT O. ✻ ✪ I.
HANNS O. ✻ ✪ I.
HUMBERT ✻ ✪ A.
KAYSER ✪ A.
KELLER ✪ I.
MM. KREIS ✪ A.
LE GUYON
REISS
THIVOLLE ✪ A.
WAITZ
WEISS A. ✻ ✪ A.
WOLF ✻ ✪ A.

Agrégé libre: M. SIMON ✻ ✪ A.

Directeur de la Clinique dentaire: M. ROMEY O. ✻ ✪ A.

Chargé d'un cours complémentaire:

MM. MEYER M. ✪ A.
RŒDERER ✪ I.

Professeurs honoraires:

MM. CHAVIGNY Comm. ✻ ✪ I.
WEILL ✻ ✪ I.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MES PARENTS

à qui je dois tout, en faible témoignage de mon affection filiale et de reconnaissance profonde pour leur dévouement infini.

A M. LE PROFESSEUR SIMONIN,

qui nous a suggéré le sujet de cette thèse et qui nous a fait l'honneur d'en accepter la présidence.

A M. LE PROFESSEUR REEB,

en témoignage de notre respect profond et gratitude pour l'intérêt qu'il a porté à notre travail et des conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer au cours de sa réalisation.

A MON JURY DE THESE

A M. LE DOCTEUR GINGLINGER,
Assistant à la Clinique d'Accouchement et des Maladies de Femmes,

qui a eu la très grande amabilité de nous communiquer une observation d'un cas personnel.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548002_0071

AVANT-PROPOS

Pajot, en traitant la question de fausses grossesses, s'exprime ainsi: « Il n'y a point de fausses grossesses, il n'y a que de faux diagnostics ». Cette opinion nous semble bien trop absolue. Nous avons pu nous rendre compte au cours de cette étude que la fausse grossesse, ou pour employer le terme plus en usage de nos jours, la grossesse nerveuse, bien que très rare, est un fait clinique réel dont on ne saurait nier l'existence. Nous avons même essayé à l'aide de nos observations et des nombreuses observations de la littérature, de dresser le tableau clinique de cette affection.

Nous avons trouvé que cette question mérite une étude spéciale, car comme beaucoup de questions se trouvant à la limite de deux domaines, elle a été délaissée par l'un et l'autre. La grossesse nerveuse relève en effet du domaine de l'accoucheur et de celui du psychiâtre, et il faudrait la collaboration de ces deux spécialistes pour élucider la question à fond. Mais en pratique les choses se passent autrement. C'est l'accoucheur qui voit le plus souvent les cas de grossesse nerveuse typique, mais il se contente d'éliminer la possibilité d'une grossesse sans prêter beaucoup d'attention au terrain sur lequel cette grossesse a évolué, sans étudier le psychisme de la femme et les tares mentales qu'elle pourrait

éventuellement présenter. D'autre part le psychiâtre, de son côté, voit des cas analogues qu'on ne saurait désigner comme grossesses nerveuses, mais plutôt comme délires de grossesse, survenant chez des malades à atteinte mentale nette. Il se désintéresse alors complètement des modifications corporelles et troubles fonctionnels de ces malades. A notre avis, dans les cas de ce genre l'accoucheur et le psychiâtre doivent collaborer intimement, et nous dirons même avec les différents autres spécialistes pour élucider le terrain sur lequel cette affection évolue.

Ainsi, dans tous les cas où cela nous a été possible, nous avons recueilli des informations exactes sur l'état mental de nos malades, ainsi que sur l'état de leurs différents organes, pour pouvoir nous faire une idée du terrain sur lequel la grossesse nerveuse a évolué.

***

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre profonde et respectueuse reconnaissance à nos Maîtres, M. le Prof. Reeb et M. le Prof. Simonin, qui nous ont guidé de leurs conseils. L'un d'eux a eu la bienveillance de nous faciliter cette étude en mettant à notre disposition ses observations personnelles et en nous permettant de suivre l'évolution de cas dans son service.

PREMIERE PARTIE

OBSERVATIONS

Les deux observations qui vont suivre, nous les tenons de souvenirs personnels de M. le Prof. Reeb.

OBSERVATION I

C'était vers 1901. Jeune femme, mariée depuis peu, déprimée pendant les premiers mois qui suivaient son mariage, fait une aménorrhée et se croit enceinte. Elle consulte une sage-femme qui lui dit qu'elle pense qu'il s'agit en réalité d'une grossesse, et lui conseille de voir un médecin. Celui-ci, qui avait été assistant pendant un an à une maternité, confirme le diagnostic de grossesse. La femme prétend sentir les mouvements fœtaux vers le milieu du cinquième mois, engraisse, son abdomen se développe. A un certain moment, correspondant à peu près à la fin de la soi-disant grossesse, la femme croit ressentir des douleurs et fait venir sa sage-femme. Celle-ci ne constatant pas de dilatation, fait appeler le médecin qui a vu la femme à différentes reprises, qui l'examine également et qui, ayant des doutes, consulte le titulaire de la chaire d'obstétrique de la Faculté de Strasbourg de l'époque. Celui-ci constate immédiatement que la tumeur abdominale est due à une agglomération des gaz, car elle rend un son très fortement tympanique. Le col présente un orifice externe ponctiforme et la matrice est petite. Il pose le diagnostic de grossesse nerveuse.

Cette femme a eu ultérieurement six grossesses à terme avec enfants bien portants.

OBSERVATION II

Vers 1923... Fille d'un médecin, mariée depuis peu, fait une aménorrhée et pense être enceinte. Son abdomen se distend progressivement et elle croit ressentir des mouvements fœtaux. Dans la famille on prépare tout pour l'accouchement et pour la réception du nouveau-né. Quelques semaines avant la date fixée pour l'accouchement, le père, médecin, trouve que l'abdomen ne se développe plus et commence à avoir des doutes sur la réalité de la grossesse. Il consulte le Docteur Reeb à l'Ecole des Sages-Femmes à peu près quatre semaines avant le «terme». L'examen révèle alors un abdomen fortement proéminant, donnant un son tympanique profond. Il est impossible de délimiter un utérus gravide. A l'auscultation beaucoup de borborygmes. Du côté des seins aucune modification, aucune pigmentation des aréoles ni de la ligne blanche. A l'examen des organes génitaux la vulve se montre de coloration rosée, le vagin étroit, pas œdematié, le col est long et dur avec orifice externe ponctiforme. La matrice en petite antéflexion est de dimensions normales. Rien du côté des annexes. Le Dr Reeb porte le diagnostic de grossesse nerveuse. La femme émet des doutes sur ce diagnostic, mais quelques jours après son abdomen s'affaisse, son poids diminue et les règles apparaissent quelques semaines plus tard.

Par la suite, cette femme a eu deux enfants bien portants.

OBSERVATION III

Nous devons cette observation à M. Ginglinger, Assistant à la Clinique d'Accouchement et de Maladies de Femmes, qui a eu la bienveillance de nous communiquer ce cas rencontré dans sa clientèle privée.

Mme L., âgée de 35 ans. Parents vivants et bien portants. N'était jamais sérieusement malade. Ses premières règles sont apparues à l'âge de seize ans; présentaient toujours un rythme irrégulier, avec intervalles de 5 à 6 semaines, pertes faibles, durée de un à deux jours. La femme est mariée depuis l'âge de 25 ans, mais n'a pas d'enfants.

La femme consulte le Dr Ginglinger le 25 janvier 1937, et lui raconte qu'elle se croit enceinte depuis quelques mois, a eu des nausées, son ventre a augmenté de volume.

L'examen révèle une femme petite et grosse avec abdomen notablement météorisé. Pas de coloration violacée des muqueuses; col dur surmonté par un corps petit et dur; annexes s. p.; pas de modifications des seins.

Le Dr GINGLINGER conclut à une absence de grossesse, mais il n'arrive pas à persuader la femme qu'elle n'est pas enceinte.

Le 27 avril 1937, Le Dr G. a l'occasion de revoir la femme. Elle est toujours persuadée qu'elle est enceinte et de jumeaux, car elle ressent des mouvements fœtaux très intenses, et que son abdomen est très tendu. L'examen ne révèle pas de modifications depuis la dernière fois.

En août, la femme ressent des douleurs abdominales qu'elle croit être des douleurs de l'enfantement, elle se couche et fait venir une sage-femme.

Le lendemain matin, la femme se rend à l'évidence.

OBSERVATION IV

Mme W. E., âgée de 36 ans, ouvrière. Ses antécédents héréditaires et collatéraux sont sans particularités.

Aurait eu à l'âge de 16 ans une ascite (probablement d'origine bacillaire) et à l'âge de 17 ans une pneumonie.

A eu ses premières règles à l'âge de 20 ans. Elles étaient régulières, survenant tous les mois, et durant 10-12 jours, abondantes et douloureuses. En 1928, une première grossesse avec accouchement à terme, mais enfant mort-né. En 1930, une grossesse normale, mais accouchement prématuré du sixième mois et enfant mort-né.

Depuis octobre 1937 la femme n'a pas eu ses règles, aurait eu des pituites matinales, des vomissements et des céphalées jusqu'au mois de mars; son ventre a augmenté de volume. Depuis un certain temps déclare avoir senti des mouvements fœtaux, mais uniquement pendant la nuit. Pendant ce temps éprouve aussi des sensations bizarres, mais a bien conservé son appétit. Elle se sent incapable de travailler et consulte le médecin de la Caisse de Malades à la fin du mois de mars. Celui-ci, ne trouvant pas une matrice correspondant à une grossesse de cinq mois,

l'envoie à la Clinique de Gynécologie de Strasbourg pour être renseigné sur la cause de l'aménorrhée.

A la Clinique de Gynécologie, l'examen montre que la femme, qui est de bonne constitution, n'a aucun signe de grossesse ni au niveau des seins, ni au niveau des organes génitaux. L'examen interne montre des muqueuses de coloration normale, le col est derrière l'axe, petit et dur, orifice externe fermé; la matrice en rétroposition et antéflexion légère, est de taille approximativement normale; les annexes sont sans particularités.

La malade a des selles régulières, des flueurs peu abondantes, pas de troubles urinaires.

L'examen du sang montre un B. W. négatif.

L'examen psychiâtrique révèle une débilité mentale, une affectivité superficielle. La malade est triste, pleure facilement. Elle n'a pas d'hallucinations, ni idées délirantes autres qu'au sujet de sa grossesse.

Il s'agit d'un syndrome épisodique chez une débile.

OBSERVATION V

Mme L. W., âgée de 37 ans, A. H. et A. C. s. p. N'était jamais sérieusement malade. En 1935 était hospitalisée à la Clinique Neurologique pour céphalée et nervosité générale; à ce moment on lui a trouvé des troubles sympathiques typiques. Il y a un an la malade aurait fait une entérocolite.

Premières règles à 18 ans; toujours régulières, non douloureuses, d'une durée de trois jours et d'une abondance moyenne.

Depuis un an les règles ont fortement diminué, et ne durent qu'un jour. A partir du mois d'août 1937, la malade a l'impression d'être enceinte, s'est mise à vomir et aurait senti des mouvements fœtaux. En janvier 1938, la malade a fait une chute de bicyclette et depuis ne sent plus les mouvements d'enfant. La malade accuse une forte augmentation de poids datant des derniers mois, ainsi qu'une augmentation des seins. Elle a consulté des nombreux médecins qui tous ont nié une grossesse, cependant la malade continue de se croire enceinte.

Admise à la Clinique de Gynécologie au commencement du mois d'avril, la malade montre un aspect pléthorique, avec une

surcharge adipeuse marquée et un abdomen globuleux. A l'examen interne: un vagin à tissus rigides, un utérus en antéflexion, plutôt petit, des annexes sans particularités. Le transit montre une ptose gastrique, une colite spasmodique. Vu l'adiposité récente, on fait à la malade un métabolisme de base qui se révèle à moins 15 %.

A l'examen mental, la malade raconte qu'elle a eu des crises qui semblent être de nature pithiatique, prétend que les derniers temps elle ne voyait pas bien et que maintenant ça va mieux. La malade a une affectivité augmentée, mais n'a pas des idées de suicide, pas d'hallucinations, ni de délires autres qu'au sujet de sa grossesse. L'examen ne montre pas de stigmates hystériques: les réflexes cornéens et nauséeux sont normaux, pas de troubles de la sensibilité tactile, thermique et douloureuse.

Après un séjour de quelques jours à la clinique la malade rentre chez elle, ne pensant plus être enceinte.

OBSERVATION VI

Ce cas très intéressant de grossesse nerveuse avec galactorrhée rebelle s'est présenté à la Clinique de Gynécologie en 1936. Il a été publié par M. le prof. Reeb en 1937. Nous avions eu l'occasion de revoir la malade récemment, alors qu'elle présentait encore les troubles commencés en 1936.

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, n'ayant jamais été sérieusement malade. Les parents sont en bonne santé, un frère de 21 ans et une sœur de 12 ans sont bien portants. Réglée depuis l'âge de 12 ans, très régulièrement, sans douleur; durée des règles 4 jours, pertes de sang moyennes, sans caillots; rythme de 28 jours; n'a jamais rien ressenti du côté des seins, ni au moment des règles, ni dans l'intervalle.

Les données anamnestiques suivantes furent communiquées par une lettre du fiancé; questionnée à ce sujet, la jeune fille n'a pas voulu parler de ces choses. Les premiers rapports sexuels datent de début janvier 1936; les règles attendues début février ne venant pas, la jeune fille eut très peur d'être enceinte.

Elles apparurent cependant le 20 février avec un retard de 15 jours, mais ne durèrent que 2 jours, avec pertes sanguines très faibles; depuis règles très irrégulières et peu abondantes, de sorte que la hantise d'une grossesse persistait. Début avril la jeune personne ressentit pour la première fois des douleurs dans les seins, constata avec terreur qu'ils étaient plus gros, plus lourds et qu'un liquide blanchâtre s'en écoulait d'une façon continue. En même temps elle avait une sensation de gêne dans le bas-ventre, surtout à droite. Quelques semaines après, fin mai, elle crut ressentir des mouvements dans le ventre et comme à ce moment elle n'avait plus eu ses menstrues depuis 6-7 semaines, elle était persuadée d'être enceinte. Elle consulte un médecin qui lui dit que la matrice était très petite, qu'elle n'était pas enceinte et lui prescrivit des médicaments pour faire revenir ses règles.

Le 8 juin, elle fut hospitalisée à la Clinique de Gynécologie à cause de douleurs dans le ventre. On constata un petit utérus infantile, un gros ovaire à droite, légèrement douloureux, une colite spasmodique. Au transit: hypercinésie gastrique, spasme du colon avec aérocolie gauche, appendice s. p. Durant son hospitalisation, elle eut ses règles du 12 au 16 juin, très peu abondantes. Elle ne mentionna pas l'écoulement blanchâtre par les seins, et de ce fait la galactorrhée passa inaperçue.

Elle quitta la clinique le 18 juin; en juillet elle ne fut pas réglée; son médecin lui donna des comprimés d'ovaire; fin juillet, elle eut une petite perte de sang, de 1 jour; pas de menstruation en août. Le 24 septembre elle fut réglée pendant 2 jours, mais perdit très peu, puis de nouveau le 22 octobre, cette fois-ci pendant 4 jours avec pertes plus abondantes. Comme les douleurs dans le bas-ventre persistaient, ainsi que l'écoulement par les seins, elle se fit hospitaliser le 12 novembre à la Clinique Médicale A. On y constata des seins turgescents, une sécrétion lactée, une douleur profonde dans la fosse iliaque droite avec irradiation dans la cuisse, des gargouillements et un ballonnement passager de l'abdomen, sans défense nette; au toucher: un utérus hypoplasique, un gros ovaire douloureux à droite. Au transit: adhérences péritonéales entre les anses iliaques inférieures, adhérences péri-appendiculaires. Radioscopie du thorax s. p. Radiographie du crâne: selle turcique normale, apophyses clinoïdes nettes et régulières. Examen des yeux: vision, fond d'œil, champ visuel normaux.

Tension artérielle: 9,5/6,5. B.-W.: négatif. Glycémie: 1,9%.

Sang: Globules rouges 3.990.000. Globules blancs 5.900. Hémoglobine 73 %. Métabolisme basal à — 11 %.

Le 26 novembre 1936, la jeune fille fut de nouveau transférée à la clinique de Gynécologie. A ce moment les règles étaient en retard de 8 jours.

Jeune fille maigre type infantile, système pileux, veineux, reflexes, s. p. Température et pouls normaux. Urines: sans albumine ni sucre.

On remarque que la jeune fille est taciturne, son attitude est figée, déprimée; elle ne répond que lentement aux questions posées.

Les deux seins sont gonflés, les veines superficielles très apparentes, l'aréole n'est pas pigmentée, les glandes de Montgomery sont proéminentes; les bouts des seins sont bien formés. Par expression on fait jaillir de multiples jets d'un liquide blanchâtre, comme chez une nourrice. L'examen microscopique du liquide montre qu'il s'agit de gouttelettes de graisse de dimension très égale, sans corpuscules de colostrum. L'abdomen n'est pas ballonné, mais sensible à droite, pas de défense musculaire. Au toucher: vulve sans particularités, vagin assez élargi; le col est dans l'axe, l'orifice est ponctiforme; pas de fleurs blanches. Le corps utérin est hypoplasique, en antéflexion, bien mobile, indolore; les annexes gauches s. p., l'ovaire droit est agrandi, ptosé, peu douloureux à la pression.

Les urines du matin sont prélevées pour un titrage biologique (Aron): On note un excès de thyréo-stimulines et de gonado-stimulines.

Traitement: repos au lit, compresses chaudes sur l'abdomen. Médication alternante de Thyroxine Roche (25 comprimés en 5 jours) et de Benzogynoestryl Roussel (3 milligrammes par semaine en injections intramusculaires). La malade reçoit en quatre semaines 50 comprimés de Thyroxine et 12 milligrammes de Benzogynoestryl, plus 50 comprimés de Gynoestryl per os.

En plus, on applique pendant 15 jours un pansement compressif sur les seins, après les avoir enduits de pommade camphrée; ce pansement est renouvelé tous les 2 jours.

L'utérus ne s'est pas modifié après les injections de Benzogynoestryl; il est toujours petit et peu étoffé, les dernières règles datent de 7 semaines. On pratique un curettage pour constater l'état de la muqueuse utérine et aussi dans un but de suggestion, pour bien démontrer à la malade qu'elle n'est pas enceinte. Dilatation facile, hystéromètre 6 cm. 1/2; la curette ne ramène que quelques petits lambeaux de muqueuse très mince; l'examen histologique montre un œdème du stroma, des capillaires non dilatés, les glandes sont sans phase, peu nombreuses, l'épithélium cylindrique normal.

A l'examen de sortie le 23 décembre 1936: les seins sont moins turgescents, la sécrétion lactée persiste toujours, mais en comprimant les seins le lait ne jaillit plus en jets comme auparavant. L'abdomen est indolore, l'ovaire droit n'est pas agrandi, ni douloureux.

Questionnée au sujet de ses craintes d'être enceinte, la malade avoue avec quelques réticences qu'elle y pense encore, à cause de la sécrétion de lait et de l'irrégularité de ses règles.

On revoit la jeune fille 6 semaines plus tard: la sécrétion lactée persiste, mais moins abondante. Elle raconte que ses règles sont apparues le 28 décembre et ont duré 2 jours, puis de nouveau le 22 janvier 1937, ont duré 4 jours et étaient plus abondantes qu'auparavant. Elle est moins taciturne, moins déprimée et demande si elle peut de nouveau commencer à travailler. On l'y engage et lui affirme de nouveau qu'elle n'est pas enceinte.

En juin 1938, la malade revient à la clinique, et nous avons l'occasion de la voir. Elle accuse à ce moment une aménorrhée de 8 mois, se plaint de nausées et de troubles digestifs; sa galactorrhée, bien que diminuée, a persisté depuis le dernier examen. La jeune fille a toujours l'impression d'avoir quelque chose dans son ventre, mais elle ne croit plus que ce soit un enfant vivant.

A l'examen gynécologique on constate : le vagin est sec, pas d'écoulement; au toucher, l'utérus paraît toujours petit, peu étoffé; l'ovaire droit n'est plus palpable. On injecte du Gonatrope du 16 au 18 juin, 1 cm^3 par jour, et du Benzo-gynoestryl Roussel du 21 au 23 juin, 10 milligrammes par jour. Le 27 juin, la sécrétion vaginale est plus abondante qu'auparavant. A l'hystérométrie, la cavité cervico-corporéale mesure 6 cm. 3/4. Avec une petite curette on ramène quelques lambeaux très minces de mu-

queuse corporéale dont l'examen histologique montre: muqueuse très mince, œdème et hémorragies dans le stroma, surtout sous l'épithélium de revêtement; la fréquence de glandes est normale; elles ont un volume très différent, les unes sont dilatées et les autres pas; phase de prolifération dans quelques glandes mais moins nette qu'en général; dans quelques glandes sécrétion manifeste.

A l'examen psychiâtrique, la malade s'oriente bien dans l'espace et dans le temps; pas d'hallucinations sensorielles sauf hallucinations hypnagogiques; l'affectivité est bien conservée, réactions adéquates à la situation, mais tendance affective dépressive entraînant des ébauches d'idées d'autoaccusation; idées délirantes du type hypochondriaque au sujet de sa grossesse, idées d'incurabilité, mais pas d'idées de suicide; pas de parafonctions. La malade se dérobe à l'examen intellectuel.

Variations quotidiennes de l'humeur.

Il s'agit en résumé d'un état constitutionnel d'émotivité; terrain cyclothymique.

⁂

DEUXIEME PARTIE

LA GROSSESSE NERVEUSE

DEFINITION. On désigne sous le nom de « *grossesse nerveuse* » l'état d'une femme qui se croit enceinte, et qui présente certains troubles subjectifs et fonctionnels accompagnés des modifications corporelles donnant l'apparence d'une grossesse, sans que la femme soit réellement dans un état de gravité. Il existe de nombreux synonymes de ce terme. On désigne également cet état sous le nom de « *grossesse imaginaire* », « *grossesse hystérique* », « *fausse grossesse* », et « *grossesse simulée* ». Le terme de « *grossesse nerveuse* » a été le plus consacré par l'usage. Les Allemands emploient l'expression de « *eingebildete Schwangerschaft* », ce qui correspond à peu près au terme français de « *grossesse imaginaire* ». Les Anglais utilisent le plus souvent l'expression: « *spurious pregnancy* » ou aussi « *phantome pregnancy* ». On à même créé un terme scientifique: « *pseudo-cyesis* » qui veut dire en somme fausse grossesse (du grec: *pseudo* = faux, *cyesis* = grossesse).

HISTORIQUE. La notion de grossesse nerveuse ou imaginaire est connue depuis l'antiquité. Déjà Hippocrate en parle, et on peut se rendre compte en feuilletant ses écrits, que déjà à cette époque des phénomènes

de ce genre dans l'espèce humaine aussi bien que dans le règne animal, ont été observés. Au moyen âge les cas de grossesse nerveuse n'étaient pas rares, mais leur interprétation était liée aux croyances superstitieuses qui dominaient la mentalité des gens de l'époque. On parlait des femmes « engrossies par le diable », des « possessions démoniaques », et cette époque de superstitions et de croyances dans les forces surnaturelles était sûrement propice à l'éclosion de phénomènes de ce genre. Vers la Renaissance, nous pouvons citer le cas historique de Henriette d'Este, femme du Duc de Parme, qui désira avoir un enfant pour perpétuer la dynastie régnante.

Plus tard, des auteurs tels que Ambroise Paré, Mauriceau, Boeckel, citent de nombreux cas de grossesses imaginaires et simulées. Mauriceau, dans son Traité des maladies de femmes grosses, nous parle d'une femme qui se croyait enceinte et dont le ventre était agité en plusieurs endroits comme si la femme portait deux ou trois enfants.

Une étude sérieuse de la question commence seulement vers la moitié du XIX[e] siècle. Déjà en 1838 Esquirol rapporte le premier cas de délire de grossesse. Plus tard Calmeil, dans son Traité de la Folie, en cite également plusieurs cas, de même Baillager en cite dans sa communication sur « Le retour des règles chez quelques érotomanes âgées ». Parmi les accoucheurs qui se sont occupés de la question, il nous faut nommer en premier lieu Montgomery qui étudia beaucoup ce phénomène, puis Simpson et Madden.

Plus près de nous, le cas célèbre de la reine Draga de Serbie a attiré beaucoup l'attention des accoucheurs vers la grossesse nerveuse. Sneguireff, de Moscou, qui devait assister à l'accouchement de la reine, a publié les

détails de ce cas dans son Traité sur les hémorragies utérines. De nos jours la littérature s'occupant de cette question est assez riche. On trouve plus de douze pays représentés dans la littérature universelle, mais ce sont surtout les auteurs allemands comme Doerfler, Hofstaeter, Liepmann, et les auteurs américains comme Pracy et Paddock qui se sont plus particulièrement occupés de cette question.

***

ETUDE CLINIQUE

FREQUENCE. Il est fort rare de voir des cas de grossesse nerveuse dans la clientèle des hôpitaux, les cas de grossesse nerveuse nécessitant rarement une hospitalisation. Ainsi, dans la clinique d'Obstétrique et de Gynécologie de la Faculté de Strasbourg, où chaque année plusieurs milliers de femmes viennent consulter ou se faire hospitaliser, il y a des années que l'on ne voit pas des cas de ce genre. La plupart des cas sont vus en policlinique ou en clientèle privée. Mais dans leur ensemble les cas de grossesse nerveuse sont rares. D'ailleurs de nos jours, avec le perfectionnement des moyens de diagnostic, avec l'examen obstétrical moderne, Rayons X et tests de laboratoire, on ne voit que très rarement des cas à évolution longue et typique, l'évolution étant coupée court grâce à un diagnostic précoce.

SEXE. Il va de soi qu'on observe la grossesse nerveuse seulement chez la femme. Cependant des idées délirantes de grossesse ont été observées aussi chez l'homme, mais ce sont alors des idées de déments qui indiquent une dissociation profonde de la personnalité. Ainsi Chaslin nous décrit un malade qui se croyait « en-

ceint » à la suite d'une série d'opérations systématiques, et Toulouse et Marchand ont observé des cas semblables chez les paralytiques généraux.

AGE. D'après Montgomery et Simpson, la plupart des cas se voit chez les femmes aux approches de la ménopause. Cependant, des observations plus récentes montrent que nombreux sont les cas où des femmes plus jeunes présentent ce tableau clinique. La moitié des femmes observées par nous étaient jeunes. Pratiquement on peut observer la grossesse nerveuse pendant toute la durée de l'activité génitale de la femme; et il existe des observations dans la littérature anglaise et américaine de cas de femmes de cinquante et de soixante ans. Brown nous parle ainsi d'une femme de cinquante ans qui, après une aménorrhée de quatre ans se croyait enceinte et faisait des préparatifs pour l'accouchement.

SYMPTOMATOLOGIE

D'après les nombreux cas de la littérature, ainsi que d'après nos cas personnels, nous avions pu étudier et résumer, les divers troubles fonctionnels, modifications corporelles et troubles subjectifs qui accompagnent la grossesse nerveuse.

Troubles fonctionnels.

Parmi les troubles fonctionnels, il nous faut signaler les troubles de la menstruation, les troubles digestifs et les troubles urinaires.

Troubles de la menstruation: Les troubles fonctionnels rencontrés le plus souvent sont les troubles de la menstruation. Dans 50 % des cas, les menstruations sont complètement supprimées pendant toute la durée de la

soi-disant grossesse. Ce fut aussi le cas de nos malades des observations I, II et IV. Dans d'autres cas, les règles, tout en faisant leur apparition, sont fortement réduites et durent beaucoup moins que d'habitude (observation V). Dans d'autres cas enfin, il y a des irrégularités dans leur apparition, des retards considérables, aussi bien qu'une diminution notable dans la quantité des pertes. Les troubles de la menstruation sont donc constants et le plus souvent ils constituent le premier symptôme qui entre en scène.

Troubles digestifs. Les nausées et vomissements sont très fréquents. D'après Paddock, ils se rencontrent dans 80 % des cas. Il existe une certaine anomalie quant à leur apparition. Chez les jeunes femmes qui redoutent leur grossesse, ils apparaissent d'une façon anormalement précoce, même avant le premier retard ou absence de règles. Dans d'autres cas ces troubles se prolongent au delà de leur durée dans la grossesse normale. Quelquefois ils prennent une allure grave et nécessitent un traitement énergique.

La constipation, atonie intestinale, météorisme et flatulence sont aussi très fréquents. Ce sont ces troubles qui sont le plus souvent responsables de la distension abdominale et qui font croire à la femme, aussi bien qu'à son entourage, que l'accroissement du ventre témoigne du développement du fruit à l'intérieur.

Troubles urinaires. On signale dans la littérature qu'un petit nombre de femmes présentent aussi des troubles urinaires, notamment des mictions fréquentes et une certaine incontinence. Ceci peut s'expliquer le plus souvent par la nervosité de ces malades; dans d'autres cas, rares, il s'agit de tumeurs du bassin qui compriment la vessie en même temps qu'elles simulent les autres signes de la grossesse.

Modifications corporelles

Toutes les malades accusent une augmentation du poids. Dans tous les cas où le poids des malades a été contrôlé, cette augmentation a pu être constatée objectivement. L'augmentation du poids, en dehors des cas où elle est due au développement d'une ascite, d'une tumeur intra-abdominale ou des œdèmes (comme dans un cas de Redlich, où la grossesse nerveuse était associée aux œdèmes d'origine cardiaque) est le résultat d'une alimentation riche, d'un repos corporel et intellectuel auquel se soumettent les femmes dans l'attente de leur bébé qu'elles désirent nourrir. L'augmentation du poids est particulièrement marquée chez les femmes aux approches de la ménopause, et là intervient également un disfonctionnement des glandes endocrines. Mais même en dehors de la ménopause, des troubles de la sécrétion interne interviennent dans l'apparition de l'obésité. Ainsi notre malade de l'observation V présentait une obésité récente qui s'explique par son M. B. à — 15 %.

La surcharge graisseuse peut être généralisée et intéresser le corps entier: les cuisses, les hanches, la région fessière, la paroi abdominale antérieure et les seins. Dans d'autres cas elle n'intéresse spécialement qu'une région et le plus souvent le bas-ventre (lypophilie circonscrite de Julius Bauer).

Les femmes prennent une attitude spéciale, ont une démarche caractéristique, qui leur donne l'apparence de femmes gravides. La saillie du ventre, due à la surcharge graisseuse ou au météorisme, accompagnée de contractions volontaires ou involontaires de la paroi abdominale (Krummacher), ainsi que de mouvements

péristaltiques intenses des anses intestinales, simulent facilement un utérus gravide aux yeux des profanes.

Du côté des seins, les modifications sont aussi fréquentes. Les malades voient souvent leurs seins enfler, y ressentent des picotements et des douleurs. Objectivement, on peut constater une congestion de la glande, accompagnée d'une augmentation et d'une hyperpigmentation de l'aréole. D'après Paddock, dans 50 % des cas, on observe même une sécrétion lorsqu'on exprime le sein. Le liquide sécrété peut être simplement séreux, le plus souvent c'est du colostrum et quelquefois du lait. Chez notre malade de l'observation VI on pouvait, à un certain moment, exprimer du lait en jets, comme chez une nourrice, et dans ce cas la galactorrhée se montre très rebelle au traitement et dure déjà plus de 2 ans.

Du côté des téguments, on voit, dans des cas rares, lorsqu'il existe une association des troubles endocriniens nets, des modifications de la pigmentation. Hofstaeter et Redlich ont observé des malades qui présentaient le masque typique de la grossesse, de même qu'une pigmentation de la ligne blanche. Ces auteurs ont observé également des hypotrichoses et des modifications à type akromégalique du visage au cours de grossesses nerveuses.

Troubles subjectifs.

Presque toutes les femmes accusent des sensations spéciales dans la sphère abdominale, se plaignent de pesanteur, disent qu'elles ressentent remuer quelque chose à l'intérieur. Dans quelques cas, elles souffrent de véritables douleurs à localisation nette dans telle ou telle partie de l'abdomen; dans d'autres cas les douleurs sont beaucoup plus diffuses. Les femmes prennent ces sensa-

tions anormales pour des mouvements fœtaux. Il est à remarquer que la plupart ressentent « la vie » surtout la nuit. Il est compréhensible qu'après un repas copieux, dans le calme de la nuit, les femmes, ayant concentré leur attention sur leur sphère abdominale, prennent les mouvements des anses intestinales pour des signes de vie du fruit qu'elles croient porter. Ces signes de « vie » peuvent apparaître d'une façon anormalement précoce et se prolonger au delà de la date fixée pour le terme.

En dehors de ces troubles cénesthésiques, beaucoup de femmes souffrent de céphalées, de douleurs lombaires et d'autres algies diverses.

Les femmes présentent aussi certaines modifications psychiques en dehors des cas franchement pathologiques. Nous reviendrons sur ce sujet à propos de la pathogénie et de l'étiologie, mais dès maintenant nous voulons signaler que les femmes qui craignent leur grossesse sont très déprimées; d'autre part même celles qui la désirent présentent des bizarreries du caractère et du goût et elles les attribuent volontiers à l'état de gestation dans lequel elles se croient trouver.

Etat des organes génitaux.

Presque constamment les organes génitaux ne montrent pas les modifications caractéristiques de la gravidité. Le seul symptôme qui se remarque de temps en temps, qui n'a d'ailleurs pas une grande signification, est l'abondance de flueurs. Il y a absence de la lividité caractéristique de la vulve et du vagin. Les tissus du vagin gardent leur consistance normale; la matrice reste petite, sauf dans les cas où il s'agit d'un processus tumoral (fibromateux) ou inflammatoire associé; l'orifice externe du col reste fermé. Cependant, dans certains cas,

accompagnés de développement des tumeurs dans le bassin entraînant une congestion des parties molles, des changements caractéristiques de la coloration et de la consistance des organes peuvent avoir lieu. Ces changements sont encore plus trompeurs quand la grossesse nerveuse coïncide avec un kyste lutéinique, ou avec un corps jaune persistant. La modification des organes avec la présence d'une tumeur annexe peut faire croire à une grossesse extrautérine.

EVOLUTION

De nos jours, beaucoup de grossesses nerveuses ont leur évolution coupée court grâce au diagnostic précoce. Chez les jeunes femmes qui ignorent les signes de la grossesse, le tableau clinique n'est jamais très riche, mais par contre chez les vieilles multipares le tableau clinique peut être très riche en signes. Ces femmes, désirant ardemment un enfant, préparent le trousseau pour le futur bébé, font tout le nécessaire pour l'accouchement, et un certain nombre d'entre elles évoluent même vers un faux travail. Quand une multipare simule le travail, la régularité de contractions abdominales et de plaintes peut être imitée avec beaucoup de succès grâce à une expérience précédente, et l'apparence peut être très suggestive.

La plupart des malades, lorsqu'on leur dit qu'elles ne sont pas enceintes, accueillent cette affirmation sans conviction. Certaines femmes réagissent même violemment contre l'opinion du médecin, et prennent des mesures absurdes pour convaincre l'entourage de l'authenticité de leur grossesse. Ainsi Pracy et Ellsworth citent des cas où l'évolution fut terminée par la simulation d'une fausse couche.

D'autres femmes vont d'un médecin à l'autre pour avoir leur espoir confirmé. Il faut toujours une longue persuasion pour démontrer aux femmes leur erreur. Le plus souvent, lorsqu'elles en sont convaincues, les troubles fonctionnels et les modifications corporelles régressent, au moins partiellement. Mais dans certains cas, en dépit d'une longue persuasion et de nombreuses démonstrations, les femmes persistent dans leur croyance. Notre malade de l'observation VI croit toujours avoir quelque chose dans son ventre malgré un curettage fait il y a 18 mois et de nombreuses radiographies négatives. Montgomery rapporte un cas où l'idée de grossesse a persisté pendant 9 ans et Simpson parle d'un cas de Depuytren qui a duré plus de 14 ans.

DIAGNOSTIC

Autrefois, avant l'emploi de procédés modernes d'examen, les erreurs de diagnostic n'étaient pas rares. La saillie de l'abdomen, la palpation qui faisait ressentir de faux mouvements fœtaux, les modifications de seins, ont induit de nombreux médecins et sages-femmes en erreur.

De nos jours, le diagnostic de l'inexistence de la grossesse, sauf des cas exceptionnels, cités plus haut, n'offre aucune difficulté pour le médecin averti. Souvent déjà l'interrogatoire de la malade attire l'attention du médecin vers la possibilité d'une grossesse nerveuse: l'exagération de certains symptômes, des anomalies dans leur apparition et dans leur succession, la persistance de certains troubles au delà des délais normaux, réveillent déjà des soupçons.

Avant de procéder à l'examen, il est très utile de sonder la vessie et d'évacuer les anses intestinales dila-

tées, par une bonne purgation. Souvent ce moyen suffit à lui seul pour faire disparaître la saillie abdominale, et la preuve est faite pour le médecin aussi bien que pour la malade. Dans d'autres cas, à l'examen externe, l'absence de signes venant d'un utérus gravide, l'impossibilité dans les stades avancés de délimiter les pôles fœtaux, l'absence de signes stétoacoustiques provenant du fœtus et de l'utérus fortement vascularisé, suffisent ordinairement pour orienter le médecin. D'autre part, à l'examen interne sauf dans les cas exceptionnels de kystes de corps jaune, qui peuvent simuler la grossesse au début, l'absence complète de toute modification du côté des organes génitaux suffit ordinairement pour signer le diagnostic. Dans les cas de doute, le médecin pourrait recourir aux tests de laboratoire, et à l'examen aux rayons X.

Pour compléter l'étude du diagnostic, il nous faut encore préciser les rapports entre la grossesse nerveuse et les idées délirantes de grossesse d'une part et la grossesse simulée d'autre part. Nous nous proposons d'étudier ces questions dans les deux chapitres qui vont suivre.

***

LA GROSSESSE NERVEUSE
ET LES IDEES DELIRANTES DE GROSSESSE

Avant d'aborder la question de rapports entre la grossesse nerveuse et les idées délirantes de grossesse, nous croyons utile d'exposer brièvement le caractère de ces dernières et de signaler les circonstances dans lesquelles elles surviennent.

Dans la littérature psychiâtrique, le premier délire de grossesse est rapporté par Esquirol (Des maladies mentales, 1838, p. 510 et 521). Il s'agissait d'une demoiselle de 31 ans qui suivait des cours de botanique d'un professeur célèbre. Après quelques leçons elle se figure être enceinte du professeur, homme âgé, auquel elle n'avait jamais parlé. Rien n'a pu la dissuader. Elle cessa de manger, s'ammaigrit progressivement et mourut 18 mois plus tard conservant sa conviction délirante, bien que l'accouchement, en dépit de ses efforts, ne se soit pas produit.

Plus tard, Calmeil, Baillager, Toulouse et Marchand se sont occupés de cette question. Pourrat, dans sa thèse, discute la valeur sémiologique des idées délirantes de grossesse et conclut qu'elles ne constituent un syndrome mais uniquement un symptôme rencontré au cours des affections mentales diverses caractérisées par un affaiblissement intellectuel et des hallucinations de la sphère génitale.

Les idées délirantes de grossesse se manifestent donc avec une grande diversité clinique. Elles peuvent se rencontrer même chez l'homme (Toulouse et Marchand, Chaslin) mais ce sont des cas rares; chez la femme elles se voient au cours des psychoses suivantes:

a) *Chez les débiles.* Vié et Bobé rapportent deux cas de délire de grossesse consécutifs à un choc émotif d'ordre sexuel chez des débiles. La révélation brutale de l'acte sexuel, les premiers rapports pratiqués en faveur de la naïveté de ces sujets, peuvent être l'origine de bouffées délirantes polymorphes avec des idées de grossesse. L'acte sexuel a une existence réelle. La crainte de la grossesse se transforme facilement en idées de persécution et d'autoaccusation.

b) *Chez les délirantes chroniques.* Ici l'idée de grossesse se présente au cours de la maladie qui évolue déjà depuis longtemps, elle est en liaison avec d'autres thèmes délirants, et se développe parallèlement à eux. L'acte sexuel n'a pas d'existence réelle, c'est un acte à distance. La conviction délirante apparaît en corrélation avec des troubles psycho-sensoriels pseudo-hallucinatoires et hallucinatoires vrais, en particulier ceux de la sphère génitale.

c) *Au cours de mélancolies d'involution.* Les malades font remonter leur grossesse à un acte sexuel réel. L'érotisme fréquent aux approches de la ménopause joue ici son rôle, et une fois la mélancolie déclenchée, il oriente les préoccupations du sujet vers le domaine génital. Les troubles cénesthésiques semblent apporter un facteur important de localisation. Il est difficile de distinguer parmi les éléments hallucinatoires les sensations pénibles qui naissent au niveau des viscères abdominaux (intestin, utérus, annexes). Souvent les uns et les autres coexistent. Ces sensations pénibles peuvent être à la base

d'hallucinations cénesthésiques, de délire de grossesse d'abord, d'idées de zoopathie interne ensuite.

d) *Dans les états démentiels.* Au cours des états démentiels, les idées de grossesse ne sont pas rares, mais leur expression est pauvre. L'éventualité de grossesse est accueillie avec indifférence. L'épisode est le plus souvent inconsistant et de courte durée. Ceci se voit au cours de la démence précoce (Hofstaeter), la paralysie générale (Dupré, Pourrat), la démence sénile (Bobé et Vié), etc.

Il y a souvent passage d'une idée délirante de grossesse à l'idée de zoopathie interne. La malade, qui, au début, se dit enceinte d'un fœtus humain, en vient à croire que son ventre recèle un ou plusieurs animaux (Miraillé, Schiff et Rene, Bobé et Vié. Miraillé, en 1904, insiste sur les relations qui existent entre le délire de grossesse et le délire de possession par les reptiles. Trois conditions semblent nécessaires à cette évolution vers la zoopathie: l'intensité des troubles cénesthésiques quelle qu'en soit l'origine: viscérale ou hallucinatoire; l'intellectualité minime du délire, puis le caractère imprécis et variable de la notion de grossesse.

***

RAPPORTS ENTRE LES IDEES DELIRANTES DE GROSSESSE ET LA GROSSESSE NERVEUSE

Toulouse et Marchand, dans leur communication à la Société Médico-Psychologique le 25 novembre 1901, font une discrimination nette entre le délire de grossesse et la grossesse nerveuse. Pour ces auteurs la grossesse

nerveuse n'est pas un délire et repose sur des symptômes qui peuvent en imposer à chaque médecin. En pratique les choses sont beaucoup moins simples. Souvent on voit des troubles fonctionnels (aménorrhée) et des modifications corporelles (obésité) accompagner les idées délirantes de grossesse. Mallet rapporte un cas d'une femme qui présentait un délire d'imagination, chez qui le ballonnement abdominal, des nausées, des règles insuffisantes, déterminèrent l'apparition d'un délire de grossesse épisodique (Mallet, les Délires). Par conséquent, on ne peut pas se baser sur les signes organiques pour faire le diagnostic différentiel.

Dans les cas extrêmes, quand l'idée de grossesse se développe sur un fond délirant, qu'elle s'intègre au délire, les différences sont éclatantes, comme dans le cas d'Esquirol cité plus haut. Mais dans certains cas, les femmes présentant une grossesse nerveuse se trouvent à la limite de la psychopathologie. Entre la débile, qui fait après les premiers rapports sexuels une bouffée délirante polymorphe et l'affaiblie intellectuellement, qui n'a des idées délirantes qu'au sujet de sa grossesse, la différence n'est que du degré.

Le diagnostic différentiel entre l'idée délirante de grossesse et la grossesse nerveuse est purement d'ordre psycho-pathologique. Il n'est pas du ressort du gynécologue.

GROSSESSE NERVEUSE ET GROSSESSE SIMULEE

Parmi les synonymes de la grossesse nerveuse, nous avons signalé aussi la « grossesse simulée ». Dans les ouvrages anciens, la confusion de ces deux termes règne constamment. En réalité la différence entre ces états est très grande au point de vue psychologique aussi bien qu'au point de vue clinique.

Au point de vue psychologique, plusieurs différences existent:

La femme qui présente une grossesse nerveuse a la conviction d'être enceinte; la simulatrice sait qu'elle n'est pas enceinte et elle tient seulement à passer pour telle.

Pour la première, la grossesse et la maternité sont un but qu'elle redoute ou qu'elle désire ardemment; l'idée de grossesse y est empreinte d'une tonalité affective. Pour la simulatrice, la grossesse n'est qu'un moyen froidement prémédité. Les buts de la simulation peuvent être très variables:

— tentative exercée par la femme sur son amant dans l'espoir d'obtenir de lui un mariage ou une somme d'argent de resserrer une liaison qui se relâche;

— détourner un héritage qui, faute d'enfant vivant, pourrait échoir à un autre, perpétuer une dynastie régnante;

— pour obtenir une atténuation de la responsabilité pénale ou pour faire retarder l'exécution d'une sentence. L'article 27 du Code Pénal stipule que « si une femme condamnée à mort se déclare et s'il est vérifié qu'elle est enceinte, elle ne subira la peine qu'après la délivrance » (Cas d'Olympe de Gouges et de la mère Duchesne pendant la Grande Révolution).

Au point de vue clinique la différence entre la grossesse nerveuse et la grossesse simulée n'est pas moins grande. Tandis que dans la première une série des symptôme fonctionnels et signes physiques font leur apparition, dans la deuxième une mise en scène, tantôt savante, tantôt naïve, a lieu. Les simulantes prennent une attitude spéciale qui entraîne une proéminence de l'abdomen. Plus souvent les femmes se donnent l'aspect de femmes gravides par des dispositions vestimentaires plus ou moins variables suivant la mode et l'époque. Paré indique comme très ordinaire ce moyen bien simple: « Les femmes feignent d'être grosses, voire même prestes d'accoucher en posant un oreiller de plumes sur leur ventre » (t. III, p. 49). Kehrer cite le cas d'une prisonnière, qui, pour se faire hospitaliser, simule la grossesse en absorbant une très grande quantité d'eau et en retenant les urines. Tessier raconte un cas d'une jeune fille qui, après avoir subi des tentatives de viol de son patron, simula la grossesse, et dont le ventre présentait une forte saillie. L'examen démontra qu'elle avait l'hymen non perforé et que la saillie du ventre était due à une hématocolpos.

Nous voyons donc que les différences entre la grossesse nerveuse et la grossesse simulée sont grandes. Ce-

pendant, dans certains cas, il peut y avoir association des deux. Une femme très désireuse d'avoir un enfant, et pour laquelle la stérilité est une cause de mauvaise entente dans le foyer, peut, tout en présentant certains signes de grossesse nerveuse, exagérer artificiellement ces signes pour changer l'atmosphère dans la famille. Des cas de ce genre surviennent même dans des cours royales et le rôle du médecin devient alors très délicat, comme c'était dans le célèbre cas de la fausse grossesse de la reine de Serbie.

⁂

ESSAI D'ETUDE ETIOLOGIQUE ET PATHOGENIQUE

Les anciens auteurs considéraient la grossesse nerveuse comme une monomanie et la faisaient entrer dans le domaine de la psychopathologie. Nous avons précisé plus haut les rapports qui existent entre la grossesse nerveuse et les idées délirantes de grossesse. Bien que dans certains cas la grossesse nerveuse se trouve à la limite de la psychopathologie, on ne saurait dire que les affections mentales sont toujours le point de départ de la grossesse nerveuse.

D'ailleurs, ce phénomène curieux ne s'observe pas exclusivement dans l'espèce humaine. Déjà Hippocrate a signalé des faits semblables dans le règne animal. Plus près de nous, Haughton a reproduit le tableau analogue chez l'ânesse; Harvey l'a décrit chez la volaille, notamment chez la poule, qui cherche à couver sans avoir d'œufs, et Liepmann nous rapporte, d'après Kantorowicz, le comportement de chiennes qui ressemble beaucoup au tableau de grossesse nerveuse chez la femme. Chez les chiennes, particulièrement dans les petites races, ce serait un phénomène assez fréquent. La femelle, isolée pendant un temps prolongé, devient déprimée, ne veut pas se promener; elle présente une augmentation du poids, un élargissement du dos, une démarche alour-

die; du côté des glandes mammaires il y a une tuméfaction marquée, et souvent une sécrétion abondante de lait; elle cherche un endroit pour la mise bas, déchire des coussins pour se construire un nid, se comporte en somme comme si elle était enceinte.

En tenant compte de ces faits, il nous serait difficile d'incriminer des maladies mentales dans tous les cas. Il est en effet difficile d'admettre qu'une « grossesse imaginaire » chez l'ânesse est due à une démence précoce, ou chez la chienne à une paranoïa.

Liepmann s'est inspiré beaucoup de ces phénomènes chez les animaux et il aborde la question au point de vue philogénétique. D'après cet auteur, le psychisme de la femelle, dans tout le règne animal, aussi bien que dans l'espèce humaine, est dominé par le pan-sexualisme dont la sublimation la plus noble est l'instinct maternel. La notion de l'instinct maternel est bien ancienne et déjà les Grecs ont reconnu l'existence de cet instinct. Hauptman, en parlant de la grossesse nerveuse, l'incrimine également. Il nous est donc très aisé de comprendre le désir d'une femme d'être enceinte, mais ce qui est plus difficile à expliquer, c'est la succession des signes et symptômes qui font la grossesse nerveuse paraître réelle pour la malade et apparente pour son entourage.

Liepmann essaie de nous donner une explication de ce phénomène en s'inspirant des expériences de Pawlov sur les réflexes conditionnels. Pawlov sur les chiens, et plus tard Langheinrich sur l'homme, ont démontré que la sécrétion gastrique peut se faire sous des influences psychiques. Liepmann admet que le psychisme de la femme peut influencer d'une façon analogue les fonctions de ses différents organes. Il admet qu'il y a trois phases dans l'apparition du tableau de la grossesse nerveuse.

Dans une première phase, des impulsions continues du désir conscient de la femme d'avoir un enfant aboutissent à l'inhibition de la fonction menstruelle, et l'arrivée à ce but renforce encore l'idée prévalante de maternité, qui est une idée empreinte d'une tonalité affective. La deuxième phase passe peu à peu du conscient à l'inconscient, comme dans l'excellent exemple de KRETCHMER de la « balance » où le jeu complexe de contractions musculaires, d'abord exécuté par la volonté consciente, devient ensuite réglé inconsciemment; des impulsions conscientes qui ont d'abord agi sur la menstruation déclenchent ensuite les modifications de l'abdomen, des seins, etc. Dans la troisième phase l'ensemble du tractus abdomino-génital fonctionne conformément aux lois des réflexes conditionnels de PAWLOV.

A notre avis, LIEPMANN s'approche beaucoup de la vérité en soulignant l'importance de l'instinct maternel dans le psychisme de la femme, mais nous ne croyons pas que ce facteur est suffisant, à lui seul, pour déterminer l'apparition du tableau de la grossesse nerveuse. Nous nous sommes rendu compte que la grossesse nerveuse est un fait clinique très rare, et comment expliquer cette rareté devant le grand nombre de femmes qui restent sans enfants. D'autre part, comment expliquer le fait que la grossesse nerveuse n'apparaît pas seulement chez les femmes qui désirent ardemment la grossesse, mais aussi chez celles qui la redoutent. Il nous semble que dans la détermination de la grossesse nerveuse de nombreux facteurs interviennent et c'est seulement leur coïncidence qui aboutit au tableau complet. Il nous semble que le désir et la crainte de la maternité, pour avoir une efficacité, doivent rencontrer un terrain spécial et seule l'étude de ce terrain peut nous donner la solution du problème.

L'étude de nos cas personnels, ainsi que de nombreux cas publiés dans la littérature, nous a fait remarquer que la plupart des femmes ayant présenté le tableau de grossesse nerveuse présentaient en même temps des stigmates psychiques, un certain déséquilibre endocrinien et vago-sympathique, des lésions viscérales diverses. Ces facteurs n'interviennent pas forcément tous à la fois, mais dans tous les cas où l'examen des malades a été poussé à fond on a pu retrouver certains de ces divers troubles, et, à notre avis, ces troubles jouent un grand rôle dans le mécanisme de l'apparition des divers symptômes.

Nous nous proposons donc de passer en revue ces divers facteurs les uns après les autres.

Stigmates psychiques.

De nos trois malades qui ont subi un examen mental, l'une était une pithiatique (observation V), la deuxième une débile mentale (observation IV) et la troisième une hyper-émotive (observation VI). Nous sommes là devant des tares mentales qui favorisent particulièrement l'apparition de la grossesse nerveuse.

Le pithiatisme est depuis longtemps incriminé dans la genèse de la grossesse nerveuse. Les hystériques ont une grande tendance à la suggestibilité et à l'auto-suggestion. Des idées fixes subconscientes ont une grande influence sur leur mentalité, actes et sentiments, et peuvent déterminer des manifestations somatiques et psychiques diverses (hyperesthésies, contractures, hallucinations, délires, etc.). Nous comprenons donc que la femme hystérique désirant avoir un enfant est particulièrement exposée à faire une grossesse nerveuse. Mais on a exagéré l'importance de l'hystérie en la matière. D'autres facteurs mentaux et somatiques interviennent également et trop souvent le médecin se contente du

diagnostic commode de l'hystérie sans chercher plus loin.

Au cours de la grossesse nerveuse, l'idée de grossesse a les caractères d'une idée délirante, comme souvent elle ne peut pas être abolie par la raison et les faits. Comme telle, en dehors des psychoses déclarées où elle évolue sur un fond délirant, elle peut apparaître chez des sujets chez lesquels le jugement et la critique sont troublés. Il y a deux facteurs principaux qui déforment le jugement: l'affaiblissement intellectuel et l'émotion. La femme affaiblie intellectuellement, la débile, par manque de critique et de jugement, est particulièrement exposée aux interprétations délirantes. D'autre part, chez l'hyperémotive le jugement troublé par l'émotion la prédispose également aux convictions délirantes.

En plus, il nous faut signaler l'état mental de la femme aux environs de la ménopause qui présente souvent un érotisme exagéré et a ses préoccupations orientées vers la sphère génitale. Mais en parlant de la ménopause nous touchons la question de l'équilibre endocrinien que nous allons traiter maintenant.

Troubles endocriniens.

Il est de toute évidence que la grossesse nerveuse s'accompagne des troubles endocriniens, les troubles de la menstruation et l'obésité rencontrés presque constamment en sont la meilleure preuve. Il est plus difficile de dire si le disfonctionnement des glandes à sécrétion interne est primitif et constitue une partie du terrain sur lequel la grossesse nerveuse évolue, ou s'il est secondaire à une autre cause responsable pour l'ensemble des signes et des symptômes. Cependant, dans

certains cas, on peut incriminer un déséquilibre endocrinien primitif. La fréquence particulière de la grossesse nerveuse aux approches de la ménopause en est une preuve. Dans d'autres cas, l'examen gynécologique révèle une hypoplasie génitale qui indique une insuffisance glandulaire préexistante.

Dans certains cas, les troubles endocriniens sautent aux yeux. Ainsi Redlich cite le cas d'une malade qui présentait un syndrome adiposo-génital et qui se croyait enceinte. Hofstaeter et Redlich ont rencontré des cas où la grossesse nerveuse était accompagnée de modifications de la pigmentation, hypertrichose et modifications du visage à type akromégalique. Dans ces cas, la perturbation de l'équilibre endocrinien est nette. Pour Hofstaeter, il s'agirait toujours d'un trouble endocrinien et particulièrement d'une insuffisance ovarienne.

Il est probable que dans certains cas le disfonctionnement endocrinien est à la base de tout le processus. C'est grâce à lui que les premiers symptômes font leur apparition et réveillent chez la femme l'espoir ou la crainte de la grossesse. D'ailleurs nous savons, depuis les travaux de Carlo Ceni, que même l'instinct maternel est sous la dépendance de glandes à sécrétion interne, et le désir de la maternité peut donc, dans certains cas, être aussi secondaire et non primitif.

Lésions viscérales.

Dans les cas où l'examen des malades est poussé à fond, il est fréquent de rencontrer des lésions viscérales diverses.

Le plus souvent, on rencontre des lésions du tube digestif, et surtout du gros intestin. Déjà Miraillé a in-

sisté sur le rôle de la colite muco-membraneuse dans la genèse des idées de grossesse chez les aliénées. Deux de nos malades présentaient des troubles de transit. Celle de l'observation V présentait une colite spasmodique et une ptose gastrique, et il est à remarquer que les idées de grossesse sont apparues chez cette malade peu après l'apparition de la colite. La malade de l'observation VI souffrait également de troubles digestifs et le transit montra des spasmes du colon et des adhérences péri-appendiculaires et entre les anses iliaques.

Comme nous l'avons rappelé plus haut, les troubles digestifs ont une grande importance pathogénique. En premier lieu, ils attirent l'attention des malades vers leur sphère abdominale; les sensations anormales que les malades y ressentent servent de base aux fausses interprétations et aux idées délirantes de grossesse. La distension abdominale consécutive à l'aérocolie, les mouvements spasmodiques des anses intestinales, les nausées et les vomissements confirment encore la conviction délirante.

Des lésions des autres viscères peuvent avoir une influence analogue. Montgomery, et plus tard Madden, ont déjà insisté sur le rôle des tumeurs ovariennes, des ascites et des ptoses viscérales. Taguet a précisé le rôle du rein mobile générateur des idées de grossesse chez les aliénées. Dans la littérature on cite encore des lésions inflammatoires et tumorales des organes génitaux, des prolapsus génitaux, etc.

Les lésions viscérales peuvent, dans quelques cas, être responsables pour la saillie de l'abdomen et sont dans tous les cas la cause des sensations anormales des malades qui sont interprétées comme signes de vie du fœtus.

Pour nous résumer, nous croyons que dans la genèse de la grossesse nerveuse, le facteur psychique, le désir ou la crainte de la grossesse, joue dans la plupart des cas un grand rôle, mais à lui seul il est incapable de faire apparaître le tableau clinique complet. Il faut que ce facteur agisse sur un terrain prédisposé au point de vue mental par l'affaiblissement du jugement dû à de l'insuffisance intellectuelle ou à l'hyperémotivité; au point de vue endocrinien, par une certaine labilité du système des glandes à sécrétion interne; au point de vue viscéral, par la présence de certaines lésions qui peuvent être à la base des sensations anormales au niveau de la sphère abdominale, et qui peuvent aussi simuler certains symptômes de grossesse. Suivant que le terrain est plus ou moins taré, le tableau clinique sera plus ou moins complet.

⁂

CONDUITE DU MEDECIN

De ce que nous venons d'exposer, il est facile de déduire quelle doit être la conduite du médecin lorsqu'une femme présentant une grossesse nerveuse vient le consulter. En premier lieu, le médecin doit être prudent en confirmant une grossesse; il ne doit pas se fier aux apparences et ne pas se contenter d'un examen superficiel. L'erreur de diagnostic dans ces cas est néfaste pour sa bonne réputation, puisqu'elle ne tarde pas à se révéler, mais elle a aussi une mauvaise répercussion sur la patiente. Le faux diagnostic raffermit la malade dans sa conviction délirante, et il est beaucoup plus difficile plus tard de persuader la femme qu'elle n'est pas enceinte.

D'autre part, en présence d'une femme malheureuse qui désire la maternité depuis de nombreuses années, le médecin ne doit pas révéler brutalement la vérité et lui enlever d'un seul coup tout son espoir. Il doit discuter avec la malade symptôme par symptôme, faire appel à son jugement et à son bon sens; il doit user de tout son pouvoir de persuasion. C'est le cas où la psychothérapie a son indication majeure.

Mais le médecin ne doit pas se contenter d'éliminer le diagnostic de la grossesse. Il doit, en plus, étudier le terrain sur lequel cet état a évolué. Il doit rechercher les tares mentales et, s'il y a lieu, orienter la malade vers

un psychiâtre; il doit étudier les troubles endocriniens et instituer un traitement en conséquence; il doit examiner à fond le tractus abdomino-génital, rechercher les lésions viscérales et faire le traitement adéquat. C'est seulement après avoir fait tout ceci qu'il pourra se dire qu'il a fait tout son devoir envers la pauvre malade.

⁂

CONCLUSIONS

1° La grossesse nerveuse, bien que très rare, est un fait clinique certain. Les nombreuses observations de la littérature ainsi que les cas observés par nous le prouvent.

2° La grossesse nerveuse peut s'accompagner de beaucoup des symptômes rencontrés au cours de la grossesse vraie, mais l'examen démontre l'absence d'un utérus gravide et d'un fœtus.

3° La grossesse nerveuse a comme cause efficiente le désir ou la crainte de la grossesse, mais elle évolue uniquement chez des sujets prédisposés par des stigmates mentales, une labilité de l'équilibre endocrinien et des lésions viscérales.

4° Le diagnostic différentiel entre la grossesse nerveuse et les idées délirantes de grossesse est d'ordre psycho-pathologique. Il n'est pas du ressort du gynécologue.

5° Le médecin ne doit pas se contenter de faire le diagnostic de fausse grossesse, mais il doit aussi étudier le terrain et faire le traitement en conséquence.

⁂

Strasbourg, le 29 juin 1938.

Vu, le Président de thèse:
C. Simonin

Vu, le Doyen:
A. Forster

Vu et permis d'imprimer.
Strasbourg, le 30 Juin 1938.
Le Recteur de l'Académie,
Président du Conseil de l'Université:
J. Dresch

BIBLIOGRAPHIE

ADAME. — Délire de grandeur chez une mégalomane persécutée. *Soc. clinique de médecine mentale.* 18 déc. 1922.

ARNEAUD. — Délires systématisés, p. 518.

BAILLAGER. — Sur le retour des règles chez quelques érotomanes âgées. *Soc. Médico-psychologique.* 28 juin 1852.

BRIZARD Ch. — Une histoire d'une grossesse simulée. *Annales de Médecine légale,* 1931, p. 546-8.

CALMEIL. — De la Folie, t. I, p. 32 et 185. 1845.

CAULET. — Fausse grossesse de la Reine de Serbie. *Semaine Médicale* 1901.

CENI CARLO. — Lo sviluppo dell'istinto materno nela femina e nel maschio in seguito a trattmento opoterapico antisessuale. *Riv. Spr. Frenatr.* 55, p. 20-32, 1932.

CHASLIN. — Sémiologie, p. 164.

COSTEDOAT A. — La simulation, des symptômes pathologiques et des maladies. Baillère et Fils, Paris, 1933.

DOERFLER H. — Ueber Eingebildete Schwangerschaft. *Monatschrift für Geburtsh. et Gynäkologie.* Bd. 68. H 5/6, s. 290-301, 1925.

DUPRE et PAGNEZ. — Fausse grossesse chez une paralytique générale. *Congrès de Grenoble* 1902.

HELLSWORTH A. D. — *Calif. State Journal of Medicine.* 1924, XXII, 5.

ESQUIROL. — Des maladies mentales. 1838, t. I, p. 510-521.

GALANT J. S. — Die Eingebildete Schwangerschaft, Psychopathologisch und Klinisch dargestellt. *Abh. Sex. Forschg.* H. 5 s. 41-68. 1928.

GALANT J. S. — Sulla gravidanza immaginaria. *Arch. di anthrop. crimin.* 51, p. 635-638, 1931.

GILLES. — Psychoses à syndromes superposés. *Bull. de la Soc. Méd. de Pau.*

HALBAN-SEITZ. — Biologie und Pathologie des Weibes, VI/2, p. 944. Berlin, 1925.

HOFSTAETER R. — Ueber Eingebildete Schwangerschaft. Berlin et Wien, Urban et Schwartzenberg, 1924.

HOFSTAETER R. — Ueber das Verhalten des Arztes bei eingebildeter Schwangerschaft. *Psychoth. Prax.* I, 81-89, 1934.

HAUGHTON. — *Doublin Journal Med. Soc.* 1880, 3rd. LXIX, 340.

HAUGHTON. — *British Medical Journal,* 1880, I, p. 592.

KATZ R. — Eingebildete Schwangerschaft. *Z. Artzl. Fortlilg.* 28, 731-734.

KRUMMACHER. — Eingebildete Schwangerschaft bei einer 48 jährigen Mehrgebärenden. *Zentralblatt für Gynäkologie,* n° 40, 1906.

KULIKY G. — Cas de grossesse nerveuse. *Ord. Hebd.* 1931, II, 943-44.

LIEPMANN W. — Die Eingebildete Schwangerschaft, *Med. Kl.* 1923, n° 32, s. 1007-8.

LEURIDAN. — Deux cas de délire de grossesse. *Revue de Psychiatrie,* mai 1903.

MALLET. — Les Délirants, 1929, p. 70.

MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes enceintes, I, p. 114. Paris, 1694.

MIRAILLE. — Délire de persécution par les reptiles, délire de grossesse et entérocolite mucomembraneuse. *Congrès de Pau,* 1904.

MONTGOMERY W. F. — The Signs and symptons of pregnancy, Blanchard et Lea, Philadelphia, 1857.

PADDOCK R. — Spurious pregnancy. *Americ. Journ. of Obstetr. and Gynec.* v. 16, 1928, p. 845-54.

PARE. — Tome III, p. 49.

POURRAT. — Valeur sémiologique des idées délirantes de grossesse. Thèse de Paris, 1904.

PRACY S. D. — *British Med. Journ.* 1923, II, p. 522.

REDLICH A. — Contribution à l'étude de la grossesse nerveuse, *Annales de Médecine et de Chirurgie,* v. I, p. 46-54, 1928.

REEB M. — Aménorrhée et symptômes de pseudogrossesse dus à un corps jaune persistant. *Gaz. Méd. de l'Est,* an. I, n° 5, mars 1933.

REEB M. — A propos de la galactorrhée en dehors de la puerpéralité. *Gynec. et Obstetr.,* t. 36, n° 1, juillet 1937.

REGIS E. — Précis de Psychiâtrie, 6e édit. Gaston Doin, Edit. Paris 1923.

SCHIFF PAUL, RENE SIMON. — Délire de possession zoopathique succédant à un délire de grossesse chez une obèse postencéphalitique. *Ann. Méd. Psych.,* v. 91, I, p. 612-15.

SEBRAZES. — Hystérie et grossesse. *Bull. Méd.* 1896.

SIMPSON J. Y. — Diseases of Women. Blanchard et Lea, Philadelphia, 1863.

SNEGUIREFF Y. F. — Les hémorragies utérines, Moscou 1910.

SORREL E. — Des grossesses simulées. *Annal. Médico-légales,* 1922, p. 262-264.

STANCA C. — La grossesse nerveuse et sa signification pratique. *Rev. de Obstetr. Gynécol. Puéricult.* An. 6, n° 4, p. 243-259, 1926.

STECK. — Syndromes mentaux postencéphalitiques. *Annal. Méd. Psych.,* février 1931.

TARDIEU. — Observations et recherches nouvelles pour servir à l'histoire de grossesses fausses et simulées. *Annal. d'Hyg. et de Méd. Lég.*, t. 34, p. 438, Paris 1845; t. 35, p. 83, Paris 1863.

TISSIER L. — Prétendu viol et fausse grossesse. *Bull. Soc. Méd. Lég.*, mars 1917.

TOULOUSE ET MARCHAND. — Du délire de grossesse. *Soc. Méd. Psych.*, 25 nov. 1901.

VIE J., BOBE J. — Les idées délirantes de grossesse, étude sémiologique et pathogénique. *L'Encéphale*, XXVII[e] année, n° 6, juin 1932, p. 468-501.

WASSAUER. — *Monatschrift f. Geburtsh. und Gynäkol.* Bd. XXIV, p. 309, 1905.

WISNIEWSKA J. — Un cas de grossesse nerveuse et sa guérison. *Ginekologia Polska*, v. 6, p. 123-127.

⁂